

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

271

Année 1898

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mars 1898, à 1 heure.

PAR

Charles POLLE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE L'APPENDICECTOMIE DE PARTI PRIS

AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES

Président : M. BERGER, professeur,

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
 { THIERY et ALBARRAN, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mars 1898, à 1 heure.

PAR

Charles POLLE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

DE L'APPENDICECTOMIE DE PARTI PRIS

AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES

Président : M. BERGER, professeur,

*Juges : MM. { PANAS, professeur.
THIERY et ALBARRAN, agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

Parvenu aux termes de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier les maîtres qui nous ont dirigé.

M. le professeur Lemoine nous a enseigné les premières notions de clinique et M. le professeur Phocas les premières notions de pédiatrie.

Après avoir quitté l'Université de Lille, nous sommes venus profiter des ressources de l'Université de Paris. Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le docteur Giraudeau, et nous saisissons avec plaisir l'occasion de le remercier pour ses leçons si précises et si méthodiques.

Nous n'oublierons pas l'année que nous avons passé comme externe, dans le service de M. le docteur Moizard ; elle fut pour nous fertile en enseignements.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur Périer ; ce maître nous a témoigné une bonté et une bienveillance dont nous ne saurions trop le remercier.

Nous devons beaucoup à M. le docteur Rochard : il nous a inspiré cette thèse, et n'a cessé de nous prodiguer des marques de sympathique intérêt. Nous le prions d'accepter ici l'expression de notre vive et sincère gratitude.

Nous exprimons notre reconnaissance aux maîtres que nous avons eu à divers titres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Fournier, Pinard, Richelot, Bazy et Delbet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Cette question, toute spéciale de chirurgie abdominale a été résolue différemment. Posée, aussi nettement, elle pourrait faire croire, que nous recommandons la résection de l'appendice dans tous les cas de laparotomies pour annexites.

Il n'en est rien. Nous discuterons en effet, dans cette thèse, la pratique des chirurgiens américains qui vont à la recherche de l'appendice, au cours de toutes les interventions sur les annexes, et le résèquent, lors même qu'ils trouvent cet organe dans un état normal.

A cette pratique, nous opposerons une pratique, plus raisonnée peut-être, d'autres chirurgiens américains et européens qui n'enlèvent l'appendice que dans des cas donnés.

Discuter ces cas, montrer que souvent ils ont trait à des malformations de l'appendice, ou plus souvent encore, à des lésions jusque-là latentes — mais qui n'en créent pas moins un grave état « d'insécurité abdominale », insister sur la nécessité d'une exploration systématique de l'appendice au cours de laparotomies, et spécialement des laparotomies pour annexites, ce sera notre principal but.

Nous exposerons, en terminant, les procédés opératoires usités au cours des appendicectomies.

En Amérique

Jusqu'en ces dernières années, l'appendice était regardé comme un organe inutile en voie de régression. L'on ignorait le rôle important joué par les affections de cet organe dans les infections péritonéales. Aux chirurgiens américains revient l'honneur d'avoir les premiers donné une idée exacte de l'appendicite, et d'avoir décrit le traitement des principales formes de cette affection.

Le traitement fut tout d'abord curatif ; bientôt, quand l'étiologie et la pathogénie de l'appendicite furent mieux connues, l'idée vint d'instituer un traitement préventif. Ce traitement doit-il être médical, doit-il être chirurgical ? Pour les médecins et la majorité des chirurgiens, ce traitement préventif relève exclusivement de la pratique médicale ; pour quelques chirurgiens américains, le traitement médical est souvent impuissant à prévenir l'appendicite : le traitement préventif comme le traitement curatif de l'appendicite relève de la pratique chirurgicale ; et cette pratique chirurgicale consiste dans l'appendicectomie.

L'idéal, en matière de prophylaxie, serait de pouvoir pratiquer cette opération chez l'enfant. Mais cette idée n'est pas réalisable. Elle a contre elle, une question de sentiment, et aussi des raisons plus médicales que nous donne M. Monod (1) : « l'affection n'est pas assez fréquente, l'enfant n'y est pas exposé d'une façon tellement fatale que l'on puisse se considérer comme

(1) L'appendice, page 152. Monod et Vauverts.

autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue (1). »

D'ailleurs le traitement préventif de l'appendicite ainsi compris n'a pas de partisans, même en Amérique. Il en va tout autrement, pour l'idée de l'appendicectomie pratiquée au cours des laparotomies pour annexites. Sur cette question nous trouvons les chirurgiens américains partagés en deux camps presque égaux ; dans l'un se trouvent les chirurgiens interventionnistes dans tous les cas ; dans l'autre les chirurgiens, abstentionnistes quand l'appendice est sain, interventionnistes quand l'appendice est pathologique.

Parmi les premiers, nous citerons à New-York, les docteurs Mac-Burney (1). Edebohls, Hanks, Morris. A Chicago, les docteurs Murphy et Steele. A Philadelphie le docteur da Costa. A Washington, le docteur Gabor, Gdhussow (2). A New-York, encore, nous citerons le docteur William Bull. Dans une communication à la Société des hôpitaux de New-York, Willam Bull cite le cas d'une jeune femme, chez laquelle il est intervenu pour des manifestations douloureuses du côté des annexes. Laparatomie médiane. L'abdomen ouvert, l'on constate l'intégrité des annexes. Willam Bull résèque l'appendice (Il ne dit pas qu'il fut malade). Il ajoute : « cette opération m'a donné des résultats

(1) M. le docteur Mac-Burney est très interventionniste en matière d'appendicite. C'est ainsi qu'il a pratiqué la résection de l'appendice chez une jeune femme qui se plaignait uniquement de terribles accès de migraine. L'opération n'a donné aucun résultat. (Communication orale de M. le docteur Richelot).

(2) Nous tenons à remercier M. le docteur Caldwell qui nous a dirigé dans nos recherches et nous a donné d'utiles indications.

car la malade, délivrée de ses douleurs, ne sait comment me témoigner sa reconnaissance (1) ».

Ainsi William Bûll, au cours d'une laparotomie pour douleurs du côté des annexes, recherche l'appendice et le résèque. Sa conduite peut d'ailleurs s'expliquer, par le désir de conserver intactes les annexes de cette jeune femme, et l'idée, justifiée par l'expérience, que l'appendice pouvait être le point de départ des douleurs pelviennes.

Mais qu'objecter à cette communication du docteur Edwin Ricketts (2) : au cours d'une laparotomie médiane pour salpingite double, ce chirurgien trouve un utérus fibromateux, et les annexes droites et gauches adhérentes. Il fait une hystérectomie abdominale totale et résèque aussi l'appendice. Le chirurgien ne dit pas que l'appendice fut malade. Ce qui donne de l'importance à son silence sur ce point, c'est une seconde communication sur le même sujet faite le même jour : il s'agit d'une laparotomie pour annexites ; le docteur Edwin Ricketts (3) a également enlevé l'appendice. Ce dernier, nous dit-il, était volumineux et contenait un liquide séreux.

Le docteur Edwin Ricketts paraît donc, lui aussi, partisan du traitement chirurgical préventif dans tous les cas de laparotomies pour annexites. Mais en regard de ces chirurgiens, il convient de nommer ceux qui ne pratiquent l'appendicectomie que s'ils trouvent, au cours des laparotomies un appendice pathologique. Ces derniers sont d'ailleurs d'accord avec les premiers

(1) *The American journal of obstetrics*, août 1896, page 750.

(2) *New medical Record*, 1895.

(3) *Loc. cit.*

pour convenir que l'on doit profiter de toute laparotomie sur les annexes pour explorer l'appendice.

Le docteur Paul Mundé (1) (New York) dans un article intitulé « des relations de la pérityphlite et de l'appendicite avec l'accouchement et les affections gynécologiques » nous dit que : chez la femme on rattache toutes les lésions aux annexes, et on se contente de cette explication sans aller plus avant. » Aussi conseille-t-il d'examiner systématiquement l'appendice. Ahsby (2) de Baltimore soutenait dès 1891, que l'appendicite n'était plus rare chez la femme que chez l'homme, que parce qu'elle était méconnue au profit des affections annexielles : des cas nombreux de laparotomies pour annexites donnent raison à ce chirurgien. De là, cette conclusion que nous empruntons au docteur Georges Shœmacker (3) : « Ayons pour habitude de rechercher l'appendice au cours de toute opération abdominale ».

Cette recommandation est suivie rigoureusement par la majorité des chirurgiens ; il faut avouer qu'elle est légitimée par des résultats sérieux. Nous avons cité les faits de William Büll, d'Edwin Ricketts, nous citerons une observation de Shœmacker ; voici une observation concluante du docteur E. C. Dudley (4) (Chicago) ; il s'agit d'une laparotomie pour pyosalpinx droit. La poche purulente est rompue au cours de l'opération. La toilette péritonéale est terminée, l'hé-

(1) *American gynecological Society*, 1896.

(2) Appendicitis in the female. *Maryland med. Jour. Baltimore*, 1891.

(3) Rudimentary Vermiform appendix, *The american, Journ. of obstetrics*, juin, 1896.

(4) *American gynecological Society*, année, 1897, page 856.

mostase parfaite, avant de refermer l'abdomen le chirurgien, explore l'appendice et le trouve adhérent. Résection. Guérison ». Ces faits ne sont pas isolés dans les publications américaines. Si nous consultons les statistiques publiées au sujet des laparotomies pour annexites, dans ces dernières années, nous y trouvons dans une proportion considérable des cas d'ablation simultanée de l'appendice et des annexes. C'est ainsi que sur cinquante cas d'appendicite réunis par le docteur James H. Glass of. Utica (1) nous relevons quatre cas d'appendicectomie pratiqué au cours d'une laparotomie « faite pour toute autre cause. » Dans ces quatre cas l'appendice présentait des adhérences.

Dans une série de soixante six cas d'appendicite recueillis dans le service de Mac Cosh, F. Hawkes (2) signale cinq cas où l'on était intervenu pour pyosalpingites. Ainsi tous les chirurgiens américains préconisent et pratiquent l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies par annexites. Un certain nombre d'entre eux, un tiers environ profondément convaincus que l'appendice est « une dangereuse portion du tube intestinal, que c'est un fauteur de troubles pour l'individu qui en est porteur (3) le suppriment au cours des laparotomies. D'autre, tout en admettant avec Morris (4) « que l'appendicite est comme une torpille, et que l'on ne sait jamais quand elle sautera », attendent d'avoir constaté son exis-

(1) Medical Society of the County of Oneida. *New-York medical Record*. 14 juin, 1896.

(2) Article de Dudley. Paul Allen. *Revue gynécologique* du docteur Pozzi, 1897.

(3) *Medical News*. Harvey, page, 515, 1896.

(4) *Medic. Record*. page 248, 1896.

tence pour pratiquer l'appendicectomie au cours des laparotomies.

En Europe.

La conduite suivie est toute différente. Cette question de l'appendicectomie au cours des laparotomies pour annexites ne présente pas un vif intérêt pour les chirurgiens anglais et allemands. Les documents sur ce sujet sont rares. Nous savons toutefois, que le docteur KümmeI (Hambourg) est partisan de l'appendicectomie de parti pris au cours des laparotomies pour annexites. Mademoiselle Gordon dans sa thèse (1) nous donne le docteur KümmeI comme moins interventionniste que par le passé en matière d'appendicite. Ce chirurgien a depuis changé de pratique. Au cours d'un voyage à Hambourg en septembre dernier, M. Devé (2), a vu KümmeI au cours d'une résection bilatérale des annexes pour salpingite purulente aller à la recherche de l'appendice et le réséquer. Examiné, l'appendice fut reconnu sain. La conduite actuelle de KümmeI lui a sans doute été suggérée par quelques cas tels que le suivant : Il s'agit d'une malade (3) chez laquelle un « gynécologue avait posé le diagnostic d'ovarite droite et enlevé l'ovaire droit. L'état de la malade ne s'améliorant pas, il enleva l'ovaire gauche. Le résultat de cette opération fut aussi négatif que celui de la première. La malade s'adressa à un second gynécologue : ce dernier fit l'amputation du col utérin, et plus

(1) Thèse inaugurale, 1856, Paris.

(2) M. Devé, interne des hôpitaux. Communication.

(3) *Revue de gynécologie de S. Pozzi* 1897, article de Treube.

tard le curettage de la cavité utérine. La pauvre femme ayant toujours les mêmes douleurs s'adonna à la morphine, et c'est ainsi émaciée par cette longue misère qu'elle vint consulter Kummel qui lui enleva une tumeur appendiculaire de la grosseur d'un œuf de poule et perforée à plusieurs endroits. »

Quoi qu'il en soit la pratique de Kummel est en Europe un fait isolé. En Espagne (1) on cite à titre d'observation curieuse deux cas d'appendicectomie au cours de laparotomie pour annexites; ces résections de l'appendice ont été pratiquées par le docteur américain Skene Keith.

En France, la conduite suivie par les chirurgiens à l'égard de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites, diffère de la pratique américaine. Et d'abord, les chirurgiens français n'admettent pas la résection d'un appendice reconnu absolument normal. M. le docteur Monod (2) écrit à ce sujet: » Nous ne croyons pas que l'on ait le droit de profiter d'une laparotomie faite pour une lésion quelconque de l'abdomen pour réséquer un appendice reconnu sain. »

M. Monod (3) ajoute « il en serait autrement si dans les conditions précédentes l'appendice était trouvé malade ou s'il avait été le point de départ d'attaques antérieures. On préviendrait ainsi des crises ultérieures dont le danger peut être grand. » Ce passage reflète l'opinion générale des chirurgiens français; ceux-ci ne pratiquent l'appendicectomie au cours des laparotomies pour annexites que dans des cas donnés. En

(1) Complications normales dans 2 cas d'ovariotomie : *Annales de Gynécologie gynécopathie y pédiatri Madrid*, 13 novembre 1895.

(2) *L'appendicite* Monod et Vauvets, page 152.

(3) *Loco citato*.

effet dans toutes les observations que nous avons recueillies d'appendectomies pratiquées au cours des laparotomies pour annexites, nous constatons que l'appendice était malade et compris dans des adhérences qui l'unissaient soit aux annexes soit à l'utérus.

Dans tous les cas ces deux conditions sont réunies.

Les observations ne relatent aucun cas de recherche de parti pris de l'appendice aux cours des laparotomies pour annexites. Les observations ne relatent aucun cas de résection de l'appendice mal formé ou normal.

Ces conclusions résultent de la lecture des statistiques de laparotomie pour annexites publiées par MM. J. L. Championnière, Terrier et Hartmann, et Pierre Delbet.

Dans la statistique de M. J. L. Championnière (1) qui comprend 136 cas des laparotomies pour salpingo-ovarites, il est question de l'appendice deux fois. Dans l'obs. 53, l'appendice est trouvé adhérent à l'ovaire droit scléro-kystique, les adhérences sont rompues, l'appendice n'est pas réséqué. Dans l'obs. 120, l'appendice adhérent à un pyosalpinx droit est réséqué.

Dans la statistique de MM. Terrier et Hartmann, (2) qui comprend 50 cas de laparotomies pour lésions périutérines il est question de l'appendice trois fois. Dans l'obs. 39, l'appendice dont les parois sont altérées est réséqué. (On ne dit pas si le chirurgien est allé à la recherche de l'appendice ou si l'appendice s'offrait à la vue du chirurgien). Dans l'obs. 43 l'appendice enflammé et adhérent en arrière de l'utérus

(1) Thèse de Mademoiselle A. Pinesse, 1893. Paris

(2) *Annales de gynécologie*, mai 1893, Paris.

est lié et réséqué. Dans l'obs. 19 l'appendice trouvé adhérent à la trompe droite est libéré, mais non réséqué.

Dans la statistique de M. Delbet (1), portant sur 135 cas de laparotomie pour annexites, il n'est question de l'appendice que dans trois observations. Dans l'obs. 88) il s'agit d'une jeune femme atteinte de typhlite et d'appendicite probable, en mars 1895, et opérée en mai 1895 pour salpingite double purulente. Le récit de l'opération est muet sur l'exploration et l'état de l'appendice et de la fosse iliaque droite. Dans l'obs. 96 l'appendice très allongé et adhérent à l'ovaire droit est réséqué. Dans (l'obs. 105) l'appendice très allongé adhérent à la face postérieure de l'utérus est réséqué.

Les conclusions que nous avons émises paraissent donc exactes. Une récente publication de M. Pierre Delbet (2) « de l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable » les confirme. Dans ce travail, M. Pierre Delbet écrit : « le point sombre de tous les traitements des salpingo ovarites c'est qu'il y a des cas où les douleurs persistent après l'opération... Ces cas sont rares, mais ils existent ; il y a des malades qui continuent « à sentir leur ventre ».

A quoi sont dues ces douleurs post-opératoires ? Pour les partisans de l'hystérectomie, elles sont dues à l'utérus ; pour d'autres chirurgiens, au tempérament névropathique des malades ; pour M. Delbet l'on doit encore incriminer la technique opératoire ».

Dans cet article il n'est fait aucune allusion à l'appendice et à la possibilité de lésions appendicu-

(1) Thèse de Chavin 29 avril 1896, Paris.

(2) *Annales de gynécologie*, 1897, pages 539 et suivantes.

laïres passées inaperçues. Il en est de même dans la statistique publiée par M. Pozzi sur les résultats donnés par vingt-deux opérations conservatrices pratiquées sur les annexes. Sur ces vingt-deux cas, dix-neuf ont donné des résultats excellents au point de vue de la disparition des douleurs ; mais dans trois des cas (1) (voir obs. 20, 21 et 22) les malades ont continué à souffrir. L'une d'elle a subi une ablation bilatérale des annexes, puis quelques mois après une hystérectomie vaginale sans résultat. La persistance des douleurs est expliquée par la névralgie ovarienne essentielle de M. le docteur Richelot. Dans ce travail, inspiré par M. le docteur Pozzi il n'est pas fait davantage allusion à la possibilité d'une appendicite mécon nue qui serait le point de départ des douleurs post-opératoires.

L'exploration systématique de l'appendicite au cours des laparotomies pour annexites n'est pas entrée dans la pratique courante des gynécologistes français. Leur esprit n'est pas hanté comme celui des chirurgiens américains par l'idée d'une appendicite toujours immanente.

Ce n'est pas que l'exploration de l'appendice n'ait pas été recommandée au cours des laparotomies pour annexites. Dans sa thèse, M. le docteur Damaye (2), conseille « de ne jamais négliger de s'assurer de l'état de l'appendice lorsque l'occasion s'en présente ». « L'on évitera ainsi des attaques ultérieures d'appen-

(1) On the late results obtained from conservative operations on the ovaries with a report of twenty two cases. Review of gynecology and Pediatrics By R. Donnet 1896, page 632.

(2) Thèse 1895, Paris.

dicite qui pourraient nécessiter de nouvelles opérations ». Toutefois M. Damaye n'indique pas quelles sont pour lui les indications de l'appendicéctomie au cours des laparotomies. Mais toutes les observations contenues dans cette thèse nous indiquent que pour M. Schwartz l'appendicéctomie n'est indiquée que si l'appendice est pathologique, soit qu'il présente des adhérences, soit qu'il contienne un copolithe (1).

Les indications de l'appendicéctomie au cours des laparotomies pour annexites ont été serrées de plus près par M. le docteur H. Delagenière (2) (du Mans). Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire sa communication au congrès de chirurgie de Paris sur une variété d'appendicite qu'il considère comme consécutive aux lésions annexielles.

« Cette opinion est fondée sur l'étude de cinq malades que j'ai opérées récemment. Chez l'une j'ai pratiqué la castration abdominale totale, chez les quatre autres, l'ablation des annexes malades, et chez les cinq, j'ai trouvé l'appendice malade et l'ai réséqué. Ces cinq malades ont parfaitement guéri et leur étude m'a permis de tirer les quelques conclusions suivantes :

Cette appendicite est une appendicite folliculaire ; cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ;

Il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes *sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.*

(1) Thèse de Damaye 1895, Paris.

(2) *Progrès médical*, octobre 1897.

L'origine de ces appendicites est intestinale...

Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cœcum.

On reconnaîtra que l'appendice doit être enlevé aux signes suivants :

1^o Présence d'adhérences même lamelliformes.

2^o Sensation kystique presque vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque.

3^o Présence de corps étranger qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin.

4^o Enfin arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

En somme, en Allemagne Kümmel (1) paraît être le seul chirurgien qui recherche et résèque systématiquement l'appendice au cours des laparotomies pour annexites ;

En France, l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies est recommandée (2) mais l'usage n'en est pas généralisé ; aussi les observations de résections de l'appendice, même malade au cours des laparotomies pour annexites sont actuellement peu nombreuses.

(1) M. le docteur Caldowell n'a vu aucun chirurgien, à Saint-Pétersbourg, à Constantinople, à Berlin, à Heidelberg, explorer de parti pris l'appendice au cours des laparotomies pour annexites et encore moins le réséquer.

(2) Thèse de Damaye, Paris, 1895.

DES INDICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES

Les partisans de l'exploration systématique de l'appendice au cours de toutes les laparotomies pensent en général, que les indications de l'appendicectomie, sont données, soit par des altérations peu accusées de l'appendice, telles que celles indiquées par H. Delagènière, soit encore et *a fortiori*, par les altérations plus graves que l'on peut observer au cours de l'évolution des différentes variétés d'appendicite.

Mais pour notre maître, M. le docteur Rochard, il existe d'autres états de l'appendice qui réclament l'appendicectomie. Nous voulons parler des malformations de cet organe. Ces malformations peuvent consister en torsions, en coudures, en rétrécissements, en excès de longueur, en brièveté du méso ; elles prédisposent toutes à l'appendicite par divers mécanismes, dont le plus fréquent est la transformation de la lumière appendiculaire en cavité close (1). Ces malformations sont donc un danger pour l'individu ; elles créent un état d'insécurité abdominale que le chirurgien a le droit de supprimer.

Il est une autre indication d'appendicectomie, sur laquelle nous insisterons.

(1) Dieulafoy : *passim*.

Elle est spéciale aux laparotomies pour annexites. Dans bien des cas, les laparotomies suivies de l'ablation bilatérale des annexes, ont été pratiquées par des douleurs irradiées à toute l'excavation pelvienne. L'abdomen ouvert, le chirurgien constate, soit l'intégrité des annexes, soit l'existence d'ovaires scléro-kystiques, soit encore l'existence d'adhérences douloureuses.

Le chirurgien enlève les annexes, ou se contente de libérer les adhérences. Le malade guérit de l'intervention, mais les douleurs persistent comme par le passé.

Dans ces cas les douleurs sont dues très souvent à des lésions appendiculaires que l'on peut constater à l'examen macroscopique (obs. de Riketts, de Shœmacker) ou encore à des lésions de l'appendice qui échappent à l'examen macroscopique (obs. de William Bull, de Richelot.)

Reportons-nous aux statistiques antérieurement consultées (1) : examinons les observations qui traitent des laparotomies avec ablation des annexes pour salpingo-ovarites scléro-kystiques.

Disons de suite que dans la statistique publiée par MM. Terrier et Hartmann, il n'existe que des cas de laparotomie pour salpingites suppurées.

Au contraire, sur les 136 cas qui composent la statistique publiée par J. L. Championnière, près de la moitié se rapportent à des observations de laparotomies, avec ablation des annexes, pour salpingo-ovarites scléro-kystiques. Dans presque tous les cas, l'ablation bilatérale a été pratiquée.

(1) Voir pages 23 et 25 : thèses de Pinesse et Chavin. Paris,

Dans l'observation 48, nous lisons : avant l'opération, la malade présentait un point douloureux tout spécial au niveau de la fosse iliaque droite. L'opération faite, la malade rétablie, le point persiste toujours.

Dans l'observation 49, nous trouvons une malade qui continue à souffrir du ventre.

L'observation 58 ressemble à l'observation 48. Il s'agit d'une femme qui souffrait de douleurs dans la fosse iliaque droite. Elles persistent identiques après l'opération.

Mais l'observation 52 est particulièrement intéressante. Il y est question d'une femme qui a déjà subi l'ablation des annexes gauches en 1890. Comme elle souffre toujours depuis, M. J. L. Championnière fait une seconde laparotomie pour enlever les annexes droites. Annexes gauches et droites ont été en leur temps, trouvées scléro-kystiques. La malade guérit de l'intervention ; mais elle souffre toujours à droite, « avec un point très net au niveau de la fosse iliaque droite. »

Dans aucune de ces observations, il n'est question de l'appendice.

Nous trouvons des observations semblables dans la statistique de M. Pierre Delbet.

Sur les 135 cas qui rentrent dans cette statistique, 9 seulement se rapportent à des interventions pour ovarites scléro-kystiques. L'étude de ces 9 cas est intéressante.

Sur ces 9 cas, l'ablation bilatérale des annexes a donné deux succès notoires et un médiocre. Proportion énorme, si on la compare aux résultats donnés

En dépit de cette conduite, les douleurs n'ont pas disparu chez toutes les malades.

C'est ainsi que la malade qui fait le sujet de l'observation 35 a dû s'aliter durant 1 mois 1/2, quelque temps après l'opération, pour des douleurs « du côté de l'intestin » (*sic*).

par les laparotomies pour salpingites suppurées (1).

Voici les observations des deux insuccès. Il s'agit de l'observation 101 et 111.

Dans l'observation 111, il est question d'une malade laparotomisée le 21 septembre 1895; les annexes gauches seules sont enlevées; la trompe est congestionnée, l'ovaire, scléro-kystique. À droite, la trompe est saine; au fait l'ignipuncture d'un certain nombre de petits kystes de l'ovaire. Comme la femme continue à souffrir, l'on pratique une seconde laparatomie pour enlever les annexes droites. Cette seconde opération constitue l'observation 129. Les résultats éloignés ne se trouvent pas indiqués.

Nous nous permettrons de faire remarquer que cette observation rappelle singulièrement l'observation 52 de M. Just Lucas-Championnière.

Dans l'observation 101, il est question d'une femme de 29 ans laparotomisée le 28 août 1895. M. Delbet fait l'ablation bilatérale des annexes. Les trompes étaient saines, les ovaires petits, scléreux; l'ovaire gauche, à la coupe, paraît sain, à droite, il présente une série de petits kystes.

Les suites immédiates ne sont pas favorables, les douleurs persistent. Avec le temps, celles-ci finissent par se localiser « dans la fosse iliaque droite. »

(1) Voir à ce sujet, *Thèse de Chavin*, 22 avril 1896. Paris,

Nous avons déjà signalé la statistique de M. le docteur Pozzi sur vingt-deux cas d'ovaires scléro-kystiques traités par la méthode dite de chirurgie conservatrice. Cette méthode a donné dix-neuf succès complets sur vingt-deux cas ; et trois insuccès très nets ; dont l'un accentué encore par une hystérectomie consécutives pratiquées sans résultat (observation 22). Sur ces trois insuccès, constatons que les douleurs ont fini par se localiser dans la fosse iliaque droite dans deux des cas : (observations 20 et 21).

Sans doute, dans ces cas, le chirurgien s'est trouvé en présence de névralgies ovariennes essentielles, telles que les a décrites M. le docteur Richelot ?

Ce fut l'impression de M. le docteur Pozzi pour la malade qui fait le sujet de l'observation 22 : aussi a-t-il tenté l'hystérectomie. Grâce à l'hystérectomie, M. le docteur Richelot (1) a obtenu des succès dans des cas semblables. Mais, dans ce cas particulier, l'opération n'a donné aucun résultat.

En présence de tous ces faits d'ablation bilatérale des annexes et d'hystérectomie pratiquées par les douleurs et les troubles de la menstruation dus à l'existence d'ovaires scléro-kystiques ou de névralgies ovariennes et qui n'ont pas été suivi de succès ; nous devons nous demander à quoi peut-être due la persistance des douleurs ; à quoi peut être due leur localisation définitive à la suite de l'ablation bilatérale des annexes, dans la fosse iliaque droite.

Les partisans de l'hystérectomie rattachent à l'utérus les douleurs post-opératoires ; mais M. Delbet (2) fait

(1) *Review of Gynecology and Peditry*, 1856, article de Donnet

(2) *Loco citato*.

remarquer que normalement l'utérus est un organe peu sensible ; et que l'hystérectomie est suivie de la persistance des douleurs dans huit pour cent des cas (1). L'explication demandée au tempérament névropathique du malade ne peut suffire à tous les cas. C'est pourquoi M. Delbet a cherché dans une modification de technique le remède à ces douleurs qui rendent inutile une opération sérieuse.

M. Delbet parviendra-t-il à supprimer ainsi toutes les douleurs post-opératoires ? Les résultats immédiats sont excellents ? Est ce une série heureuse ?

Quant à nous, nous insisterons sur ce fait que les insuccès opératoires ne sont pas en proportion avec les difficultés présentées par les opérations. Ce sont les cas les plus simples, les ablations d'ovaires scléro-kystiques qui donnent le plus d'insuccès. Nous ferons remarquer en outre que l'ovarite cléro-kystique. Les névralgies ovariennes essentielles se rencontrent chez les malades à tempérament arthritique de même que l'appendicite ; et que la coïncidence de ces deux affections doit être fréquente ; aussi l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies pour ovarite scléro-kystique s'impose. Enfin nous signalerons ce fait que dans tous les cas de salpingites suppurées ou d'ovarites scléro-kystiques qui ont nécessité l'ablation bi-latérale des annexes et qui ont été suivies d'appendicectomie, le succès opératoire a été complet. S'agit-il d'une simple coïncidence, nous le croyons pas. La pratique américaine et la pratique de notre maître, M. le docteur Rochard, montrent que l'appendicite coexister fréquemment avec l'appendicite et que sou-

(1) Thèse de Baudron, 1896.

vent le chirurgien, après avoir terminé l'opération sur les annexes, pourra constater, au niveau de l'appendice, soit des malformations prédisposant à une attaque ultérieure, soit des lésions telles que celles signalées par M. le docteur H. Delagenière. L'appendicectomie pratiquée, le chirurgien pourra se dire, comme Edwin Ricketts : (1) » Si, dans ce cas particulier, je n'avais pas été à la recherche de l'appendice, la malade aurait continué à se plaindre des mêmes lésions, et j'aurais passé pour avoir fait une opération inutile. »

(1) Voir l'observation 2.

AVANTAGES ET PRONOSTIC DE L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES

Le meilleur moyen de discréditer une bonne opération est d'en abuser, et ce n'est pas sans étonnement que l'on voit des chirurgiens américains, il est vrai, proposer l'ablation radicale de tous les appendices, afin de mettre le sujet à l'abri d'une appendicite possible (1). » Ce jugement, porté par M. Dieulafoy sur la conduite de quelques chirurgiens américains, est certainement légitime ; mais nous croyons qu'il importe de ne pas repousser systématiquement l'idée d'un traitement préventif chirurgical de l'appendicite. Comme le dit Coplin Stinson (2) (San-Francisco), en matière d'appendicite, le traitement « doit être prompt, radical et scientifique, et s'il est possible, préventif. »

L'appendicectomie que nous préconisons au cours des laparotomies pour annexites, dans tous les cas de malformations et de lésions de l'appendicite, et dans quelques cas douleurs pelviennes mal localisées, répond à ces indications.

L'on pourra nous objecter que cette exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites, suivies ou non d'appendicectomie, viendra compliquer inutilement une opération déjà suffisam-

• (1) Dieulafoy, *in Thèse Ceuléanu*, 1897.

(2) J. Coplin Stinson, *Annals of gynecology*, 1896, p. 857,

ment sérieuse. Les observations nous montrent que, dans bien des cas, cette exploration ne sera pas inutile; les observations nous montrent encore que l'appendicectomie n'aggrave pas le diagnostic des laparotomies pour annexites : dans toutes les observations que nous avons relevées, la guérison a été rapide. Enfin, nous ajouterons que le pronostic, au point de vue des résultats éloignés, a dans tous les cas été excellent. Les douleurs ont complètement disparu : aussi bien dans les cas d'intervention pour salpingite purulente, que dans les cas d'intervention pour ovarite scléro-kystique. Nous terminerons en rappelant l'intervention de William Bùll et de M. le docteur Richelot pour douleurs ovariennes. Chez la malade de William Bùll les annexes étaient saines, le chirurgien les a respectées; mais de parti pris il résèque l'appendice; les douleurs de la fosse iliaque ont disparu complètement à la suite de cette intervention. William Bùll aurait pu suivre une conduite différente; rattacher les douleurs à l'existence d'une ovarite scléro-kistique et pratiquer une castration unilatérale ou même bilatérale; mais les douleurs auraient persisté comme chez le malade de M. le docteur Richelot et une seconde laparatomie eût été nécessaire.

Et pourtant dans les deux cas, les antécédents de la malade, l'évolution et le siège des douleurs, l'examen direct de l'appendice n'indiquaient pas la résection de cet organe.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'APPENDICECTOMIE

AU COURS DES LAPAROTOMIES POUR ANNEXITES

Dans le cas particulier d'appendicectomie au cours de laparotomies pour annexites, l'incision médiane s'impose. L'incision médiane dans les interventions sur l'appendice a fait le sujet d'une discussion à la Société de chirurgie (1). De cette discussion il ressort, qu'à l'incision médiane l'on doit faire succéder l'incision de Roux, quand le chirurgien tombe sur un foyer périappendiculaire purulent. « Il serait stupide de ne pas évacuer le pus sans crainte d'inoculer la séreuse, alors qu'on peut le faire (2). » Mais alors le chirurgien se trouve en présence d'une opération d'appendicite proprement dite et nous n'avons pas à le suivre.

De cette discussion, il ressort que l'incision médiane est largement suffisante dans les autres cas pour une exploration minutieuse de l'appendice et pour sa résection. Ainsi que l'a dit M. le docteur Richelot (3): « Quand on a l'habitude de la laparotomie, on trouve que l'abdomen est petit, qu'il est presque facile de l'explorer dans tous les coins et que l'incision médiane mène à tout. » L'incision médiane usitée dans les laparotomies pour annexites permet donc l'exploration facile de l'appendice.

(1) Octobre 1890.

(2) Gerster.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 octobre 1890.

Nous nous demanderons en outre si la position de Trendelenburg est également favorable pour l'appendicectomie. Nous répondrons par l'affirmative. En effet cette position, en permettant à la masse des anses grêles de glisser vers la voûte diaphragmatique, amène la mise à nu, non seulement des organes pelviens mais aussi très souvent du cœcum et souvent de l'appendice, qui vient au cours des laparotomies pour annexites sauter fréquemment aux yeux du chirurgien. Mac Bärney emploie même la position de Trendelenburg pour toutes les interventions sur l'appendice (1).

Supposons l'intervention principale sur les annexes terminée ; l'opération n'a pas été trop pénible ; la vie du malade n'est pas en danger le chirurgien va à la recherche de l'appendice. Il peut le rencontrer de suite. Si non, cette recherche doit être exécutée méthodiquement. Le chirurgien reconnaîtra les diverses anses intestinales qu'il a sous les yeux et découvrira le colon ascendant. Suivant le conseil d'Elliot, les bandelettes longitudinales antérieures de cet organe lui serviront de guide, et le mèneront à l'extrémité inférieure du cœcum ; et sa main contenant cet organe rencontrera l'appendice. Si celui-ci est faiblement adhérent, l'opérateur libérera doucement les adhérences. L'appendice libre on l'amènera dans la lumière de l'incision. Il sera examiné. L'appendicectomie est résolue. On isole l'appendice de la cavité péritonéale par les moyens habituels (éponges et compresses aseptiques). C'est le moment d'agir. Il n'est pas besoin d'instruments spéciaux. Mais quel procédé employer ? car il sont nombreux les procédés préconisés.

(1) *Boston medical Journal*, 1896, tome II, page 433.

Ces procédés se réduisent à deux types principaux : les uns simples, mais inapplicables quand on opère dans une cavité abdominale, libre d'adhérences car ils ne donnent pas une sécurité suffisante ; les autres, d'une exécution plus minutieuse, mais qui donnent aux chirurgiens une plus grande sécurité. Des premiers, nous ne dirons rien. Quant aux autres, ils reposent tous sur cette idée, qu'il faut isoler la muqueuse du cœcum de la séreuse péritonéale par le plus grand nombre possible de plans séreux. Ce problème a reçu différentes solutions.

Voici celle de J. R. Fowler (1) : « A la base de l'appendice, on place tout d'abord une ligature temporaire, un simple fil dont les deux bouts sont taillés sur eux-mêmes et maintenus par une pince hémostatique. A deux centimètres et demi au-dessous, on place une seconde ligature que l'on serre convenablement.

Entre ces deux ligatures ainsi faites, on pratique une incision circulaire, comprenant la séreuse et le tissu conjonctif sous-jacent. On dissèque aux ciseaux la tunique péritonéale doublée de son tissu conjonctif que l'on rabat jusqu'au niveau de la ligature temporaire. La musculuse et la muqueuse sont liées au catgut, aussi près que possible de la base sectionnée, et touchées à l'acide nitrique fumant ou au thermo. La ligature temporaire est supprimée, et la manchette séreuse rabattue sur le moignon. Puis, ce dernier ainsi découvert est saisi avec une pince à disséquer, et pressé contre la paroi du cœcum qui se laisse déprimer en sillon ; les bords de ce sillon, constitués par la paroi cœcale, sont suturés l'un à l'autre par dessus le moi-

(1) *Annals of Surgery*, mars 1894 ; traduction de Jayle, *Presse médicale*, 1894.

gnon appendiculaire, au moyen d'un double plan de sutures de Lambert. »

En Angleterre, Barker (1) a décrit une variante du procédé à manchettes qui pour lui présente de grands avantages de simplicité et de rapidité. Il taille une manchette muquo-muscleuse jusqu'au ras du cœcum, il place une ligature au catgut sur la muqueuse du moignon, puis recouvre la muqueuse, de la séreuse qu'il rabat et suture par quelques points à la Lambert. Il retourne en doigt de gant le pédicule pour l'invaginer dans le cœcum. Il suture à nouveau les parois cœcales à la Lambert.

En France, le procédé dit à manchettes a été préconisé tout d'abord par M. Schwartz (2). Il été employé avec succès par Brieger (3), Quénu (4), Pollonon (5), Fowler, Pozzi (6), et Rochard (7).

M. le docteur Monod, conseille comme un procédé simple d'envelopper le moignon d'une frange épiploïque, s'il s'en trouve à portée.

M. le docteur Bazy suit un procédé différent. Après avoir placé un fil de catgut à la base de l'appendice, il résèque cet organe au thermo-cautère ; puis cautérise soigneusement la muqueuse avant de fermer le moignon appendiculaire par quelques points de suture à la Lambert.

(1) *British medic journ.*, 20 avril 1895.

(2) Schwartz, *Société de chirurgie* 18 mars 1891.

(3) Brieger, *Arch. Kleni chirurg.*, 1893, page 832.

(4) Quénu, *Bulletin de la Société chirurgie* 1893.

(5) Pollonon. *Lyon médical*, 1893.

(6) Fowler et Pozzi, cité par Jayle, *Presse médicale*, 1874.

(7) Rochard.

M. le docteur Brunabrase la muqueuse à la curette avant de la cautériser.

Notre maître, M. le docteur Rochard, dans les trois observations inédites qu'il nous a communiquées, a toujours employé le procédé à manchettes suivie de l'invagination cœcale. Ce procédé donne une grande sécurité. Les suites opératoires ont été très simples dans toutes les observations que nous avons relevées. Les soins post-opératoires donnés aux malades ne diffèrent pas de ceux que l'on prodigue ordinairement aux malades qui ont subi une intervention sur l'abdomen. Les malades pansées aseptiquement et reportées dans la salle d'isolement, ont été nourries durant les deux premiers jours avec des aliments liquides : lait, champagne, thé au rhum. Elles n'ont pas été constipées. Les souffrances ont été calmées par quelques piqûres de morphine. Le troisième jour l'on a prescrit un léger purgatif salin. Les malades ont repris une alimentation solide dès le dixième jour, progressivement.

Le pansement est changé du dixième au douzième jour, et les fils enlevés. Les malades ont quitté l'hôpital au bout d'un mois environ. On leur conseille le port d'une ceinture de Glénard. Les malades de M. le docteur Rochard et les malades de M. le docteur Richelot sont complètement guéries de leurs douleurs pelviennes.

OBSERVATIONS

Ces observations sont pour la plupart inédites. Nous avons cité tout d'abord les observations de Shoemaker et d'Edvin Ricketts où ces auteurs recommandent l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites et montrent par des observations probantes les résultats excellents que donne cette exploration faite dans tous les cas.

Nous donnons ensuite les trois observations inédites de M. le docteur Rochard ; dans tous ces cas l'attention du chirurgien n'avait pas été attirée par le malade du côté de l'appendice ; et pourtant il existait des lésions dans deux des cas, et un excès de longueur de l'appendice dans le troisième cas.

Nous citons ensuite l'observation si curieuse de M. le Docteur Richelot, puis les sections de l'appendice malade au cours des laparotomies pour salpingites purulentes que nous a communiquées si obligeamment M. le docteur Bazy. Nous citerons aussi l'observation publiée par M. le docteur H. Delagenière dans les archives médicales d'Angers.

OBSERVATIONS AMÉRICAINES

Docteur GEORGE E. SHOEMACKER. Philadelphie (1).

Hystéropexie. — Résection de l'appendice. — Guérison.

« Je vous présente un appendice vermiforme rudimentaire, qui a été enlevé au cours d'une laparotomie médiane pour hysté-

(1) *The american, journal of obstetrics*, juin 96.

ropexie nécessitée par des adhérences des annexes. *C'est pour moi une coutume de toujours rechercher les annexes au cours de toute opération abdominale.* Cet appendice a été trouvé, fixé par des adhérences, et un peu étranglé; il était enflammé et contenait un liquide trouble; je l'ai enlevé et profondément invaginé dans le cœcum. Excellente guérison.

Docteur EDWIN RICKETTS (1).

Ablation des annexes. — Salpingite purulente droite. — Résection de l'appendice. — Guérison.

(Résumée).

Il s'agit d'une femme mariée, qui avait perdu du pus par le vagin. L'examen de la malade avait été fait pour le diagnostic de salpingite droite. Après avoir enlevé les annexes, le docteur Edwin Ricketts, recherche l'appendice, et le trouve adhérent et fixé au niveau de la crête iliaque. Il était long et présentait des cœprolithes. Guérison.

« Si, dans ce cas particulier, je n'avais pas été à la recherche de l'appendice, la malade aurait continué à se plaindre des mêmes lésions, et j'aurais passé à bon droit pour avoir fait une opération inutile. »

Docteur WILLIAM BULL, New-York.

Laparotomie pour ovarite scléro-kystique probable. — Résection, de l'appendice. — Guérison.

Dans cette communication à la Société médicale de New-York, il est question d'une jeune femme qui souffrait de douleurs irradiées à toute l'excavation pelvienne. L'examen de la malade n'avait révélé aucune lésion appréciable du côté des annexes ou de l'appendice. William Bull crût à l'existence de douleurs pelviennes dues à une ovarite scléro-kystique. Il fit une laparoto-

(1) *The american, journal of obstetrics*, août 96.

mie : l'utérus était sain, les annexes saines ; ces organes en position normale.

Suivant la pratique américaine, le chirurgien rechercha l'appendice qu'il trouva sain. Résection par le procédé à manchette.

Les suites opératoires furent simples. La malade se rétablit rapidement. Les suites éloignées furent excellentes. Les douleurs pelviennes disparurent complètement. William Bull ajoute : « La malade ne sait comment me témoigner sa reconnaissance. » (1)

OBSERVATIONS de M. le docteur ROCHARD.

Hémato salpinx droit. — Ablation des annexes droites. — Appendice légèrement bosselé. — Résection. — Guérison.

Menn. Angèle, 49 ans. Entrée dans le service de M. le docteur Périer, le 22 avril 1896.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant. Réglée à 14 ans, mais toujours irrégulièrement ; à 16 ans, chlorose. Soignée pour cette maladie durant trois mois. En 1893, abcès froids costaux. Actuellement, il existe des craquements au sommet du poulmon.

Cette malade est entrée le 19 juin 1896, dans le service de M. Duguet, pour des douleurs survenues brusquement au moment des règles. Ces douleurs, d'abord étendues à toute l'excavation, se localisèrent à la fosse iliaque droite. Vomissements durant deux jours. Pas de constipation, mais diarrhée. Leucorrhée.

Cette malade passe le 22 avril 1896 dans le service de M. le docteur Périer avec le diagnostic d'appendicite probable.

Dans les jours qui suivent, les phénomènes douloureux s'amendent. L'on constate par le toucher vaginal l'existence d'une tumeur que le toucher rectal fait percevoir accolée au bord droit de l'utérus. Les annexes gauches paraissent saines. Utérus immobile. Diagnostic : salpingite.

Laparatomie médiane le 29 avril 1896.

Chloroforme. Position de Trendelenbùrg. Annexes gauches

(1) *Medical Record*, 1896.

saines; à droite, poche salpingienne très adhérente; elle se rompt dans le péritoine et il s'écoule un liquide de nature hématique. Extirpation de la poche. Toilette du péritoine. Hémostase.

Recherche de l'appendice situé derrière le cœcum : il mesure 7 centimètres de longueur, il présente quelques bosselures séparées par des rétrécissements. Résection. Manchette séreuse, sutures à la soie fine; invagination cœcale.

Suture à 3 étages. Guérison; la malade sort le 19 juin, parfaitement guérie. Vésinet.

Suites éloignées : bonnes. La malade ne souffre plus.

Ovarite scléro-kistique. Ablation bilatérale des annexes. Appendice légèrement enflammé et contenant un coprolithe. Résection. Guérison.

Jeanne D..., 28 ans; ménagère.

Parents en bonne santé. N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans : deux enfants bien portants. Entre dans le service de M. le docteur Périé, pour des douleurs du côté des annexes surtout accusées à droite et qui datent déjà d'une année.

L'examen de la malade permet de constater l'existence d'une tumeur grosse comme une mandarine au niveau des annexes gauches. La pression à ce niveau détermine de la douleur. A droite, la trompe est perceptible : elle est noueuse, bosselée, mais peu douloureuse. Utérus mobile.

Laparotomie le 1^{er} août 1896.

Chloroforme. Position de Trendelenbûrg.

L'abdomen ouvert, l'on trouve à gauche un ovaire scléro-kystique volumineux renfermant un kyste hématique; la trompe est sinueuse, bosselée, adhérente. A droite, ovaire scléro-kystique de volume normal; trompe volumineuse bosselée. Il existe un semis de granulations jaunâtres sur l'aileron moyen. L'épiploon adhère fortement à la trompe droite.

Les adhérences sont libérées; les annexes enlevées sans incident.

Recherche de l'appendice. Il est entouré de fausses membranes peu épaisses. Long d'environ 6 centimètres, tortueux; la palpation de cet organe dénote l'existence d'une nodosité vers

son extrémité libre. Résection, manchette séreuse, sutures à la soie fine; invagination cœcale.

Sutures à 3 étages. Suture de la peau aux crins de Forence. Guérison parfaite des douleurs.

La malade, tuberculeuse, passe en médecine le 3 septembre 1896.

Kyste hématique de l'ovaire droit. Appendice volumineux adhérent aux annexes droites. Laparotomie médiane. Ablation des annexes droites. Résection de l'appendice. Guérison.

Vid. Louise, 25 ans. Sans profession.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Réglée à 17 ans. Règles régulières mais peu abondantes. Mariée à 20 ans. Deux enfants bien portants.

Entrée le 28 octobre 1897, dans le service de M. le docteur Périé pour douleurs du ventre depuis ses dernières couches qui datent de deux ans. Les douleurs prédominent dans la fosse iliaque droite, et s'irradient à toute l'exavation pelvienne. Elles s'exaspèrent au moment des règles. Incessantes et très aiguës depuis plusieurs mois, elles déterminent la malade à se faire opérer.

L'examen de la malade permet de constater l'existence d'une masse douloureuse accolée au bord droit de l'utérus. L'examen ne relève rien à gauche. L'utérus a perdu de sa mobilité.

Laparotomie le 4 novembre 1897.

Chloroforme. Position de Trendelenbûrg. L'abdomen ouvert, on libère le grand épiploon qui adhère légèrement aux annexes droites. Il existe à droite un ovaire kystique, gros comme une mandarine. La trompe est parenchymateuse. Les annexes droites sont enlevées. Les annexes gauches sont conservées.

Recherche de l'appendice Cet organe présente de légères adhérences pariétales qu'on libère. L'appendice est volumineux, bosselé congestionné. Extirpation de l'appendice. Manchette séreuse; sutures à la soie fine. Invagination cœcale. Suture de la paroi à 3 étages. Suture intradermique de la peau. Suites immédiates bonnes jusqu'au 10^e jour; il se

produit alors une légère poussée de température, due à la suppuration d'un fil profond. La suture intradermique cède à son extrémité supérieure. Guérison définitive le 14 déc. 1897. Les douleurs ont disparu.

OBSERVATION due à l'obligeance de M. le docteur RICHELOT.

(Que M. le docteur RICHELOT reçoive nos sincères remerciements).

Laparotomie médiane pour névralgie ovarienne droite. — Ablation de l'ovaire droit, guérison. — Nouvelle laparotomie médiane le 16 octobre 1897 pour douleurs dans la fosse iliaque droite. — Résection de l'appendice. — Guérison.

I. Jeanne, sans profession. « Il y a trois ans, je fus consulté par une jeune fille, qui avait à droite une douleur fixe très pénible. Elle souffrait depuis deux ans, et racontait qu'elle avait eu « une pérityphlite ». Je ne pus avoir sur les premiers accidents que des renseignements peu précis, donnés par une malade extrêmement nerveuse, et dans laquelle je ne voulais pas avoir une confiance absolue. J'avoue que je ne crus guère à la pérityphlite, et qu'en présence de phénomènes hystériques très sérieux, j'admis une névralgie ovarienne. Il y avait au moment des règles, une excessive douleur, qui me paraissait être l'exagération de la douleur habituelle du côté droit. Il y avait une neurasthénie prononcée, une paraplégie incomplète, et purement nerveuse, qui permettait à peine de marcher quelques instants.

Je fus d'abord très embarrassé sur la conduite à tenir ; on me demandait une intervention contre la douleur, mais j'étais sûr de ne trouver aucune lésion, et je craignais fort de ne pas guérir la névralgie en enlevant un ovaire sur un si mauvais terrain. Je fus cependant mis en demeure d'intervenir, vu la gravité de la situation et l'impossibilité de soulager autrement cette jeune fille, inutilement traitée depuis deux ans.

Je fis la laparotomie, et j'enlevai un ovaire contenant de petits kystes, comme on la trouve souvent chez les arthritiques nerveu-

ses, mais en somme, peu malade, et tout à fait pareil à celui du côté gauche, où il n'y avait aucune douleur. Et depuis lors, que s'est-il passé ? Sans doute, la douleur à droite a beaucoup diminué, mais elle existe encore ; il y a toujours un point fixe ; et comme l'état général s'est beaucoup amélioré sous l'influence d'un traitement énergique (hydrothérapie, électricité, etc.), comme la paraplégie a guéri complètement, la diminution progressive de la douleur à droite peut aussi bien être due à l'amélioration de l'état général.

Je ne vois pas une relation nécessaire entre cette diminution et ma laparotomie. Et, devant ce point fixe que la jeune fille sent toujours, tout en le supportant beaucoup mieux, je me demande si je n'ai pas méconnu un appendice malade, caché derrière le cœcum sans foyer apparent. Je n'ai aucune preuve, et il est possible que je m'accuse à tort. J'ai cru à la névralgie ovarienne, entraîné vers ce diagnostic par l'ensemble des symptômes nerveux ; mais n'est-ce pas chez les arthritiques nerveuses que se développent volontiers les appendicites ? Dieulafoy cherchait récemment à établir que cette maladie est d'origine arthritique ; c'est dire que l'hystérie lui est un terrain profitable. Et ne disait-on pas dernièrement à la Société médicale des Hôpitaux, que chez les hystériques, on pouvait confondre les crises de l'appendicite avec des symptômes abdominaux purement nerveux, la douleur appendiculaire avec une algie viscérale ?

Pour toutes ces raisons, et sur la demande de la malade qui continuait à souffrir de troubles gastro-intestinaux et de douleurs à droite, une seconde intervention fut décidée.

La laparotomie médiane fut faite le 18 octobre 1897. « L'abdomen ouvert, je vois l'utérus sain ; le bord supérieur du ligament large à droite, net et lisse, très mince sans trace de désordres laissés pour la résection des annexes faites au catgut ; la recherche de l'appendice ne présente pas de difficultés il est long de 5 à 6 centimètres ; il est absolument libre sans aucune adhérence ; le cœcum est normal, il n'existe nulle adhérence à un pourtour ; pas de vascularisation anormale au niveau de l'appendice ou de cœcum.

L'appendice est réséqué ; et le moignon enfoui dans les parois cœcales.

L'abdomen est refermé par une suture à trois étages. L'on fait un pansement aseptique. Guérison parfaite. La malade ne souffre plus.

Nous ferons suivre cette observation en partie inédite de quelques réflexions.

Dans le cas présent, M. le docteur Richelot s'est trouvé en présence d'une jeune fille arthritique nerveuse et qui souffrait de douleurs iliaques droites.

L'examen physique avait révélé l'intégrité des annexes droites. En raison de l'état névropathique de la malade et des stigmates d'hystérie qu'elle présentait, M. le docteur Richelot hésite à intervenir sur les annexes : l'événement lui donne raison : une ablation des annexes droites reste sans résultat.

Un traitement général énergique reste de même sans résultat vis-à-vis des douleurs iliaques droites.

Entre temps, des troubles gastro-intestinaux continuent à troubler fréquemment l'état général habituel de la malade.

En raison du terrain arthritique, en raison de l'insuccès de l'intervention sur les annexes, de l'insuccès du traitement général et des troubles digestifs que présentent fréquemment la malade. M. le docteur Richelot intervient sur l'appendice. Il résèque un appendice macroscopiquement sain et les douleurs disparaissent complètement. Ce fait rappelle de tous points l'observation de Wiliam Büll.

OBSERVATIONS communiquées par M. le docteur BAZY (inédites)
année 97.

Laparotomie pour salpingite purulente droite. — Résection préventive de l'appendice. — Guérison. — Chloroforme.

Dun. Eugénie 20 ans. Sans professsion. Incision médiane. L'abdomen ouvert, l'on trouve l'utérus normal. Les annexes gauches sont saines. A droite il existe une volumineuse salpingite purulente entourée d'adhérences. Résection des annexes droites. L'appendice est examiné. Il présente au niveau de sa base quelques petites adhérences lamelliformes. On le résèque.

Il ne contenait pas de caprolithes : pourtant la malade avait présenté des attaques d'appendicite : l'incision de Roux avait même été pratiquée. Guérison. Disparition complète des douleurs.

OBSERVATION II

Laparotomie pour ablation bilatérale des annexes. — Résection de l'appendice. — 24 janvier 1898. — Chloroforme.

Et. Eugénie, 27 ans, ménagère.

Incision médiane. L'abdomen ouvert, on voit l'utérus augmenté de volume ; l'anse oméga adhère au sommet de l'utérus, au voisinage de l'insertion de la trompe gauche. Les adhérences sont libérées. La trompe et l'ovaire gauche sont prolabés dans le cul-de-sac de Douglas. La trompe est épaissie, rosée ; les franges adhérentes les unes aux autres. L'ovaire est sain. La trompe est réséquée après sutures au catgut. A droite, la trompe est trouvée volumineuse, bosselée ; l'ovaire est gros, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. L'appendice adhère par son extrémité libre à l'ovaire. Les adhérences libérées on résèque les annexes droites ; puis on résèque l'appendice. On place un catgut à sa base, on le sectionne au thermo-cautère, on cautérise la muqueuse au thermo-cautère, et l'on applique sur le moignon un deuxième catgut. Fermeture de l'abdomen à trois étages ; 2 sutures en surjet au catgut pour le péritoine et les muscles, sutures aux crins de Florence pour la peau.

Cette opération est immédiatement suivie d'une néphropexie. Guérison parfaite. Les douleurs ont complètement disparus.

OBSERVATION III

Laparatomie médiane pour ablation bilatérale des annexes. — Résection de l'appendice. — Guérison. — Chloroforme, 14 février 1898.

Led. Clémentine, 44 ans, sans profession. Incision médiane de 40 centimètres environ. L'abdomen ouvert, on constate que

l'épiploon et des anses grêles, adhèrent au fond de l'utérus. On les libère doucement. On constate alors que des adhérences très épaisses, enveloppent tous les organes de l'excavation pelvienne. On dégage péniblement le fond et la face postérieure de l'utérus. Au niveau du cul-de-sac de Douglas, l'on rompt une poche grosse comme une mandarine, dont le contenu rappelle celui des kystes dermoïdes. Les annexes gauches et droites, sont pédiculisées et réséquées. L'appendice qui adhérait à la trompe droite est réséqué. Suture à trois étages. Guérison parfaite.

OBSERVATION IV

Laparotomie médiane pour ablation bilatéral des annexes. — Résection de l'appendice. — Guérison. — Chloroforme. 18 février 1898

Alphég. Louise, 30 ans, sans profession. L'abdomen ouvert, on trouve un utérus volumineux. Les annexes droites et gauches sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas où elles sont entrecroisées à la façon des ailes d'un oiseau. L'appendice adhère aux annexes au niveau de son extrémité. L'appendice est réséqué après avoir placé une ligature au catgut à sa base; la muqueuse est cautérisée au thermo-cautère. On achève la fermeture de la lumière appendiculaire par une suture de Lambert au catgut.

Ablation bilatérale des annexes : la trompe droite est parenchymateuse; l'ovaire droit volumineux scléro-kystique. A gauche, salpingite volumineuse. Mickulicz. Sutures à trois étages. Guérison. Les suites éloignées sont des plus satisfaisantes la malade ne souffre plus.

OBSERVATION IV, de la thèse de DAMAYE.

*Salpingite droite ou appendicite à répétition ? Opération à froid :
Laparotomie médiane exploratrice ; excision de l'appendice.
Guérison.*

M. S... Edith ; 37 ans, entre dans le service de M. Schwartz, le 9 avril 1894.

Antécédents héréditaires : père mort de cancer de l'estomac, mère morte d'accidents.

Antécédents personnels : Régée à 16 ans 1/2 ; à ce moment, elle était anémique, et avait de la leucorrhée. La malade, ordinairement constipée, ressentit à 5 ou 6 reprises différentes de véritables crises de douleurs, siégeant surtout dans la région iliaque droite ; dans ces moments de crise, le ventre est dur, ballonné et douloureux à la pression. La dernière crise s'est produite il y a six semaines et elle fut obligée de garder le lit pendant six jours.

Les dernières règles eurent lieu le 17 mars 1894. Elle n'a remarqué aucune coïncidence entre ses règles et les douleurs qu'elle a ressenties. Palpation : douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal : Col utérin volumineux, utérus un peu gros. Pas de douleur du côté des annexes. Palper bimanuel : Douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Cul-de-sac droit douloureux. On sent très haut située, une petite tuméfaction dont on ne peut reconnaître la nature. On hésite entre une salpingite droite et une appendicite.

12⁴ avril 1894. Laparatomie médiane. Chloroforme. On examine immédiatement les annexes : la trompe droite est un peu grosse, congestionnée, et présente quelques petits kystes que l'on crève, et sur lesquelles on fait quelques pointes de feu.

Ovaire droit normal.

Annexes gauches saines.

L'appendice vermiforme, assez court, est fixé par des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen, l'extrémité libre dirigée en haut.

Extirpation de l'appendice avec manchette séreuse et sutures à la soie fine.

Sutures étagées de la paroi abdominale. L'appendice enlevé est dur, à parois épaissies, il ne contient ni calculs. ni corps étranger.

Suites normales.

La malade sort guérie le 29 avril 1894.

OBSERVATION du docteur H. DELAGENIÈRE

Appendicite et pyosalpingites bilatérales. — Résection de l'appendice et double salpingo oophorectomie. — Guérison (1).

Je suis appelé le 15 juin 1896, auprès de Mme P. Félicie. Age 23 ans. Réglée à 11 ans ; la menstruation a toujours été régulière ; fausse couche il y a trois ans. Depuis ses couches, elle a toujours souffert du ventre au moment des règles. A deux ou trois reprises, elle a senti des douleurs dans le côté droit du ventre. Constipation habituelle. Le 12 juin, douleur violente dans le côté droit avec ballonnement et vomissements.

Laparotomie médiane le 6 juillet 1897, pour salpingite bilatérale.

Incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ ; l'épiploon adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite, l'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées ; ces anses sont décollées de leurs adhérences, puis refoulées vers le diaphragme ; les annexes du côté gauche sont isolées puis excisées sur un fil à boucle passée ; il est isolé en arrière avec difficulté, puis les annexes de droite sont recherchées dans un magna d'adhérences formé non loin de l'angle droit de l'utérus ; c'est à cet endroit que semble se porter l'épiploon dont les adhérences sont intimes ; je sectionne puis lie l'épiploon, le laissant adhérer en bas, et refoulant dans le ventre la portion ligaturée. J'isole puis résèque les annexes droites. Revenant alors au foyer situé dans la partie inférieure de la fosse iliaque, j'isole avec le plus grand soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse existe un foyer suppuré au centre duquel je reconnais l'appendice vermiforme. Cet appendice est perforé à son extrémité. Je le résèque sur deux rangs de suture, et termine l'opération par un nettoyage soigné du petit bassin. Mickalicz. Guérison. Disparition des douleurs.

(1) *Archives médicales d'Angers*, 20 mars 1897.

CONCLUSIONS

En Amérique les chirurgiens pratiquent tous l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites. Quelques-uns font suivre la recherche de l'appendice, de l'appendicectomie pratiquée dans tous les cas. Mais la plupart d'entre eux ne résèquent l'appendice, que si cet organe est anormal ou présente des lésions.

En Europe cette question de l'appendicectomie au cours des laparotomie pour annexites ne paraît pas intéresser vivement les chirurgiens. Les documents sont rares sur cette question. Toutefois à Hambourg Küm-mel est partisan de l'appendicectomie dans tous les cas.

En France, l'exploration de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites, est recommandée ; mais les chirurgiens ne vont en général interroger l'appendice que si la malade a présenté des signes d'appendite : l'appendicectomie n'est pratiquée que si l'appendice présente des lésions.

Nous concluons que l'exploration systématique de l'appendice au cours des laparotomies pour annexites s'impose ; que les indications de l'appendicectomie dans ce cas particulier, sont données.

1° Par les malformations de l'appendice (torsions, coudures, rétrécissements, excès de longueur, brièveté du méso).

2° Par diverses lésions de l'appendice :

α) Présence d'adhérences.

- β) Sensation kystique, perçue vers l'extrémité libre de l'appendice ou sur un point quelconque.
- γ) Présence de corps étranger qu'on ne peut refouler dans l'intestin.
- δ) Enfin, arborisations vasculaires intense à la surface séreuse de l'appendice.

3° Que des observations plaident en faveur de l'appendicectomie pour douleurs pelviennes que laissent persister des ablations bilatérales des annexes, suivies ou non d'hystérectomie.

Le pronostic des laparotomies pour annexites suivies ou non d'appendicectomie, n'est pas aggravé du fait de cette opération ; les douleurs ont toujours disparu complètement à la suite des opérations. Le malade n'est plus exposé à l'appendicite.

Le procédé opératoire, dit à manchettes, est le plus recommandable dans les appendicectomies pratiquées au cours des laparotomies pour annexites.

Vu : par le président de la thèse,

PAUL BERGER

Vu

Par le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE (1)

- AHSBY. Appendicitis in the female. *Maryland medical Journ.* Baltimore, 1891.
- BAUDRON. Thèse de Paris, 1896.
- BRUN. *Presse médicale*, 1897.
- BARKER. *British medic. Journ.*, 1893.
- BRIEGER. *Archiv. f. Klin. chirurgic.*, 1893.
- BULL. *Medic. Record*, 1896.
- CALDOWEL. Communications ovales.
- CHAVIN. Thèse de Paris, 1896.
- COPLIN STINSON, *Annals of gynecology*, 1896.
- CALÉANU. Thèse de Paris, 1896.
- DAMAYE. Thèse de Paris, 1895.
- DELAGENIÈRE H. *Progrès médical*, 1897.
- DELBET (Pierre). *Thèse de Chavin*, 1896.
- *Annates de gynécologie*, 1897.
- DONNET. *Review of gynecology and Peditary*, 1896.
- DUDLEY. E. C. *American gynecological Society*, 1897.
- DUDLEY (Paul) ALLEN. *Revue de gynécologie de S. Pozzi*, 1897.
- FOWLER G. RYESSON. *Annals of Surgery*, 1894.
- GLAS JAMES. *New-York medical Record*, 1896.
- GORDON. Thèse de Paris, 1896.
- GORDON S. C. *Review of gynecology*, 1896.
- HARVEY. *Medical News*, 1896.
- HAWKES. *Revue de gynécologie de S. Pozzi*, 1897.
- KUMMEL. *Id.*
- LEROY. Thèse de Paris, 1897.
- MAC RUMEZ. *Boston medical Journal*, 1896.
- MONOD ET VAUVERTS. *L'appendicite*, 1897.

(1) Pour tout ce qui a trait aux intervention en matière d'appendice, nous renvoyons à la thèse de Caléanu, page 52 à 100.

- MORRIS. *Medical Record*, 1896.
MUNDÉ. *American gynecological Society*, 1896.
PINENE. Thèse de Paris, 1893.
POLLONON. *Lyon médical*, 1893.
POZZI. *Revue de gynécologie*, 1897.
Pressc médicale, 1894 à 1898.
QUÉNU. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1893.
RICHELOT. *Id.*, 1870.
RICKETTS EDWIN. *The american journ. of obstetrico*, 1836.
ROUTIER. *Gazette des hôpitaux*, 1896.
SHOEMACKER. *The american journ. of. obstetrics*, 1896.
SCHWARTZ. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891.
— Thèse de Damaye, 1895.
SKENC KEITH. *Anales de obstetricia gynecopathia y pediatria*. Madrid, 1893.
TABANON. *Appendicite et perityphite*. Paris, 1892.
TERRIER ET HARTMANN. *Annales de gynécologie*, 1893.

